

日常生活用具費助成申請書

年 月 日

会津若松市福祉事務所長 あて

申請者 住 所

氏 名 ㊟
(対象者との続柄)

電 話

下記により日常生活用具費の助成を申請します。

対 象 者	氏 名		生年月日	M. T. S. H. 年 月 日 (歳)
	住 所			
	障 害 者 帳 手 帳	県 第 号	昭和 平成 年 月 日交付	
	障がい 名			障がい等級 (程度)
保 護 者	氏 名		対象者との続柄	
	助成を受け たい用具の 名称		希望する形 式規模等	
	業者名		住 所	
	助成上、 特に希望 する事項			
	備 考			

- (注意) 1 対象者が18歳未満の場合は、保護者欄を記入すること。
2 対象者又は保護者の前年分所得税又は前年度分市町村民税の課税額を証明する書類を添付すること。

同意書

会津若松市福祉事務所長 あて

1. 日常生活用具費の助成に係る利用者負担額算定のため、会津若松市が以下の情報に係る資料を参照・確認することについて同意します。
2. 申請及び助成の要否に基づく情報を業者へ提供することについて同意します。

年 月 日

(対象者)

_____ ⑩

(同一世帯者)

_____ ⑩

_____ ⑩

_____ ⑩

_____ ⑩

_____ ⑩

_____ ⑩

_____ ⑩

_____ ⑩

会津若松市保有の個人情報	同意の意思	
住民基本台帳による世帯の状況	同意する	同意しない
住民税等に係る課税台帳による所得及び課税状況	同意する	同意しない

業者への情報提供	同意の意思	
申請及び助成の要否に基づく情報	同意する	同意しない